

## REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

He leído o me han explicado la información contenida en la Declaración de Información de la Vacuna (siglas en inglés: VIS) contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna que se me administra y solicito que me apliquen la vacuna a mí o a la persona nombrada abajo, por quien estoy autorizada(o) para solicitarla. Yo reconozco que he recibido, se me ha ofrecido, o he recibido en el pasado, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad con fecha del 14 de abril, 2003.

### Información del Paciente

Por favor responda **todas** las preguntas **de ambos lados**

1. Categoría de edad: <input type="checkbox"/> 6 meses hasta 2 años <input type="checkbox"/> 2-4 años <input type="checkbox"/> 5-18 años <input type="checkbox"/> 19-34 años <input type="checkbox"/> 35-49 años <input type="checkbox"/> 50-64 años <input type="checkbox"/> 65 años y más				
2. Raza (marque <u>una</u> ): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra o Mezcla				
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
4. ¿Es usted de origen Hispano/Latino? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				
5. Fecha de nacimiento: ___/___/___ ¿Cuántos años tiene? _____ años				
6. ¿Consiguió usted la vacuna de la influenza (gripe o flu) durante la temporada de la gripe el año pasado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				
7. ¿Trabaja para el Departamento de Salud de Anne Arundel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si su respuesta es Si, en cual programa?				
8. Información de Seguro de Salud es Requerida: Tiene Seguro de Salud Privado Tiene Asistencia Medica Seguro de Salud no cubre vacunas No tiene Seguro de Salud				
9. Escriba con letra de imprenta/molde por favor: Nombre Completo: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____				
10. Firma de la persona que recibe la vacuna o que está autorizada para solicitarla: <b>X</b> <span style="float: right;">Fecha:</span>				
<b>Para uso de la Clínica de Salud solamente</b>				
Date of VIS 8/7/15	Vaccine	Lot # / Manufac	Date Given	Site Given Thigh <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Deltoid
Date of VIS 8/7/15	Vaccine FluMist	Lot # / Manufac /MedImmune	Date Given	Site Given <input type="checkbox"/> Intranasal
Signature & Title of Vaccine Administrator			Clinic: Navy- Marine Corps Stadium	

## REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

He leído o me han explicado la información contenida en la Declaración de Información de la Vacuna (siglas en inglés: VIS) contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna que se me administra y solicito que me apliquen la vacuna a mí o a la persona nombrada abajo, por quien estoy autorizada(o) para solicitarla. Yo reconozco que he recibido, se me ha ofrecido, o he recibido en el pasado, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad con fecha del 14 de abril, 2003.

### Información del Paciente

Por favor responda **todas** las preguntas **de ambos lados**

1. Categoría de edad: <input type="checkbox"/> 6 meses hasta 2 años <input type="checkbox"/> 2-4 años <input type="checkbox"/> 5-18 años <input type="checkbox"/> 19-34 años <input type="checkbox"/> 35-49 años <input type="checkbox"/> 50-64 años <input type="checkbox"/> 65 años y más				
2. Raza (marque <u>una</u> ): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra o Mezcla				
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
4. ¿Es usted de origen Hispano/Latino? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				
5. Fecha de nacimiento : ___/___/___ ¿Cuántos años tiene? _____ años				
6. ¿Se puso la vacuna de la influenza (gripe o flu) durante la temporada de la gripe el año pasado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				
7. ¿Trabaja para el Departamento de Salud de Anne Arundel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si su respuesta es Si, en cual programa?				
8. Información de Seguro de Salud es Requerida: Tiene Seguro de Salud Privado Tiene Asistencia Medica Seguro de Salud no cubre vacunas No tiene Seguro de Salud				
9. Escriba con letra de imprenta/molde por favor: Nombre Completo: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postas: _____ Teléfono: _____				
10. Firma de la persona que recibe la vacuna o que está autorizada para solicitarla: <b>X</b> <span style="float: right;">Fecha:</span>				
<b>Para uso de la Clínica de Salud solamente</b>				
Date of VIS 8/7/15	Vaccine	Lot # / Manufac	Date Given	Site Given Thigh <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Deltoid
Date of VIS 8/7/15	Vaccine FluMist	Lot # / Manufac /Medimmune	Date Given	Site Given <input type="checkbox"/> Intranasal
Signature & Title of Vaccine Administrator			Clinic: Navy -Marine Corps Stadium	

**Por favor responda todas las preguntas de ambos lados.**

**Por favor responda todas las preguntas de ambos lados.**

**Por favor responda por ambas Vacunas contra la Influenza  
Flu(TIV)/and FluMist® (LAIV)**

- ¿Se siente usted bien hoy?  Sí  No
- ¿Es usted severamente alérgico a los huevos o preservativos?  Sí  No
- En el pasado, ¿ha sufrido usted una reacción alérgica seria debido a vacunas contra la influenza?  Sí  No
- ¿Tiene usted historial de enfermedad por el Síndrome de Gillian-Barré?  Sí  No

**Se puede dar FluMist® a personas saludables,  
no embarazadas de entre 2-49 años de edad.**

**Por favor continúe el cuestionario para FluMist®**

(Si su respuesta es sí a alguna de las preguntas, usted no califica para FluMist® pero puede ser recomendado para obtener una vacuna inyectable)

- ¿Está usted embarazada o tratando de embarazarse?  Sí  No
- ¿Tiene usted la nariz bien congestionada hoy?  Sí  No
- ¿Tiene usted asma o ha tenido momentos de silbido en el pecho?  Sí  No
- ¿Tiene usted algún problema de salud crónico como desordenes del corazón, pulmones, riñones, hígado o desordenes de la sangre, diabetes o VIH?  Sí  No
- ¿Tiene usted algún desorden de los músculos o nervios como convulsiones o parálisis cerebral que pueden causar problemas de respiración o al tragar?  Sí  No
- ¿Tiene usted sistema inmune debilitado?  Sí  No
- ¿Está usted en terapia de aspirina por largo plazo?  Sí  No

---

**Por favor, en el otro lado, complete el Registro de  
Administración de Vacuna Contra la Influenza**

**Por favor responda por ambas Vacunas contra la Influenza  
Flu(TIV)/and FluMist® (LAIV)**

- ¿Se siente usted bien hoy?  Sí  No
- ¿Es usted severamente alérgico a los huevos o preservativos?  Sí  No
- En el pasado, ¿ha sufrido usted una reacción alérgica seria debido a vacunas contra la influenza?  Sí  No
- ¿Tiene usted historial de enfermedad por el Síndrome de Gillian-Barré?  Sí  No

**Se puede dar FluMist® a personas saludables,  
no embarazadas de entre 2-49 años de edad.**

**Por favor continúe el cuestionario para FluMist®**

(Si su respuesta es sí a alguna de las preguntas, usted no califica para FluMist® pero puede ser recomendado para obtener una vacuna inyectable)

- ¿Está usted embarazada o tratando de embarazarse?  Sí  No
- ¿Tiene usted la nariz bien congestionada hoy?  Sí  No
- ¿Tiene usted asma o ha tenido momentos de silbido en el pecho?  Sí  No
- ¿Tiene usted algún problema de salud crónico como desordenes del corazón, pulmones, riñones, hígado o desordenes de la sangre, diabetes o VIH?  Sí  No
- ¿Tiene usted algún desorden de los músculos o nervios como convulsiones o parálisis cerebral que pueden causar problemas de respiración o al tragar?  Sí  No
- ¿Tiene usted sistema inmune debilitado?  Sí  No
- ¿Está usted en terapia de aspirina por largo plazo?  Sí  No

---

**Por favor, en el otro lado, complete el Registro de  
Administración de Vacuna Contra la Influenza**